

## Artigo Original

## Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto

Prevalence and predictors of depressive symptoms after childbirth

RAQUEL COSTA<sup>1</sup>, ALEXANDRA PACHECO<sup>1</sup>, BÁRBARA FIGUEIREDO<sup>2</sup><sup>1</sup> Mestra em Psicologia Clínica e investigadora no Departamento de Psicologia da Universidade do Minho e na Maternidade Júlio Dinis, em Porto (Portugal).<sup>2</sup> Professora-associada no Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.

Recebido: 31/05/2006 – Aceito: 09/10/2006

## Resumo

**Contexto:** A depressão pós-parto é uma patologia que ocorre nas primeiras semanas após o parto com consequências negativas não só para a mãe, como também para o bebê e para a família. **Objetivo:** Examinar a prevalência de depressão após o parto, bem como as circunstâncias suscetíveis de predizer a sintomatologia depressiva 1 semana e 3 meses após o parto. **Métodos:** 197 grávidas preencheram o Questionário de Antecipação do Parto (QAP) (Costa *et al.*, 2005a) no segundo trimestre de gestação. Na primeira semana após o parto, responderam ao Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP) (Costa *et al.*, 2005b) e à Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Augusto *et al.*, 1996), esta última aplicada novamente no terceiro mês do puerpério. **Resultados:** Uma percentagem significativa de mulheres encontra-se clinicamente deprimida (EPDS  $\geq 13$ ) na primeira semana e 3 meses após o parto (12,4% e 13,7%, respectivamente). Das que têm EPDS  $\geq 13$  na primeira semana, 25% estão ainda deprimidas 3 meses após o parto. Circunstâncias relativas à saúde física, à experiência emocional de parto e ao primeiro contato com o bebê predizem a sintomatologia depressiva na primeira semana do puerpério. A sintomatologia depressiva na primeira semana após o parto e a experiência emocional negativa de parto predizem a sintomatologia depressiva 3 meses após o parto. **Conclusões:** Constata-se a importância da experiência emocional de parto e do primeiro contato com o bebê, enfatizando a necessidade de atender às necessidades psicológicas da mulher.

Costa, R. *et al.* / *Rev. Psiq. Clín* 34 (4); 157-165, 2007**Palavras-chave:** Gravidez, parto, depressão pós-parto.

## Abstract

**Background:** Postnatal depression is a pathology occurring in the first weeks after childbirth with negative consequence not only for mothers, but also for their babies and families. **Objective:** To examine the prevalence of postnatal depression and factors that might predict depressive symptoms one week and three months after childbirth. **Methods:** 197 pregnant women filled out the Anticipation of Childbirth Questionnaire (QAP) (Costa *et al.*, 2005a) in the 2nd trimester of pregnancy. In the first week after childbirth participants filled out the Experience and Satisfaction with the Childbirth Questionnaire (QESP) (Costa *et al.*, 2005b) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Augusto *et al.*, 1996). Three months after childbirth, EPDS questionnaire was filled out again. **Results:** A significant number of women is clinically depressed (EPDS  $\geq 13$ ) in the first week and three months after childbirth (12.4% and 13.7%, respectively). Of those with EPDS  $\geq 13$  in the first week, 25% are still clinically depressed 3 months after childbirth. Physical health condition, childbirth emotional experience and the first contact with the infant predict depressive symptoms one week after childbirth. Mother's depressive symptoms one week after childbirth and childbirth negative experience predict depressive symptoms 3 month after delivery. **Conclusions:** We conclude about the importance of the emotional experience of childbirth and of the first contact with the infant, enhancing the need of taking care of mothers' psychological needs.

Costa, R. *et al.* / *Rev. Psiq. Clín* 34 (4); 157-165, 2007**Key-words:** Pregnancy, childbirth, postnatal depression.

## Introdução

“Uma das questões que maior polêmica tem suscitado (...) é a questão de saber se a maternidade é, em si e só por si, um fator de risco para o estado de saúde psicológica da mulher” (Figueiredo, 2000).

A prevalência de depressão pós-parto referenciada na literatura varia entre 6,5% e 27,5%. Essa amplitude de valores deve-se fundamentalmente à diversidade nas metodologias de investigação, em termos dos instrumentos adotados para o diagnóstico de depressão pós-parto e dos *timings* de avaliação, mas também às amostras consideradas.

O'Hara e Swain (1996) constataram, numa meta-análise de 59 estudos realizados em diversos países, que a prevalência média de depressão pós-parto não psicótica é de 13%. Noutros estudos, a prevalência de depressão pós-parto é mais elevada (Ballard *et al.*, 1994): 27,5% das mulheres, 6 semanas, e 25,7%, 6 meses após o parto, apresentam depressão. Em consonância com esses valores, outros investigadores (Stuart *et al.*, 1998) verificaram que a prevalência de depressão é de 23,3%, em 14 semanas, e de 18,7%, em 30 semanas, após o parto (a incidência da depressão durante esse período é de 7,5%). Em Portugal, a prevalência de depressão, entre as 2 e as 5 semanas após o parto, é de 13,1% (Augusto *et al.*, 1996). A prevalência no período compreendido entre os 0 e os 3 meses é de 31,5% e entre os 4 aos 12 meses, de 53,7% (Areias *et al.*, 1996a, 1996b). A prevalência de depressão no período compreendido entre o terceiro trimestre de gravidez e 6 meses após o parto é de 17,3%, enquanto aos 6 meses após o parto se observou incidência de 9,5% (Gorman *et al.*, 2004).

No sentido de analisar os diversos estudos que examinam os fatores de risco para a depressão pós-parto, alguns autores realizaram meta-análises que permitem verificar dentro de uma panóplia de fatores aqueles que mais poderão contribuir para a emergência da perturbação. O'Hara e Swain (1996) verificaram que os mais fortes preditores são: história psicopatológica prévia, distúrbio psicológico durante a gravidez, relações maritais pouco satisfatórias, reduzido suporte social e acontecimentos de vida estressantes. Mais recentemente, Beck (2001) realizou uma meta-análise de 84 estudos publicados até 1990, para determinar a relação entre depressão pós-parto e vários fatores de risco. Os resultados revelam alguns preditores significativos da depressão pós-parto: depressão pré-natal, baixa auto-estima materna, estresse relacionado com os cuidados ao bebê, ansiedade pré-natal, circunstâncias de vida adversas, baixo suporte social, dificuldades na relação matrimonial, história anterior de depressão, dificuldades temperamentais do bebê, depressão pós-parto, estatuto marital, estatuto socioeconômico e gravidez não planejada/não desejada.

De forma geral, os estudos empíricos têm mostrado a existência de diversos fatores de risco na

emergência de depressão pós-parto, o que se pode dever à não-existência de um fator único, resultando na perturbação da conjugação, ou ao acúmulo de circunstâncias adversas. Variáveis biológicas (Glover, 1992), demográficas e psicossociais, como idade (Cryan *et al.*, 2000), paridade (Warner *et al.*, 1996; Righetti Veltema *et al.*, 1998), estatuto conjugal (Beck, 2001), nível educacional (Tammentie *et al.*, 2002), relação marital (Eberhard-Gran *et al.*, 2002), vida familiar (Tammentie *et al.*, 2002), acontecimentos de vida (Bernazzani *et al.*, 1997; Righetti Veltema *et al.*, 1998; Eberhard-Gran *et al.*, 2002), estresse (Bernazzani *et al.*, 1997), psicológicas, como história de psicopatologia (Johnstone *et al.*, 2001), distúrbio psicológico durante a gestação (Bernazzani *et al.*, 1997; Righetti Veltema *et al.*, 1998), sensibilidade interpessoal e neuroticismo (Bernazzani *et al.*, 1997), e obstétricas, como planeamento da gravidez (Beck, 2001), complicações obstétricas (DaCosta *et al.*, 2000) ou experiência de parto (Hannah *et al.*, 1992; Righetti Veltema *et al.*, 1998), constituem fatores de risco para o aparecimento da perturbação.

A evidência das consequências adversas da depressão pós-parto, quer para a mãe, quer para o bebê, é consistente e justifica a relevância deste e de outros estudos que se esforçam por identificar fatores de risco para a depressão pós-parto. Desta forma, torna-se possível proporcionar informação fidedigna aos profissionais de saúde para que estejam atentos às características que possam constituir um risco para a psicopatologia materna.

## Objetivos

O objetivo deste estudo é analisar a prevalência de depressão pós-parto e identificar fatores demográficos, psicossociais, obstétricos, de antecipação e experiência emocional de parto, suscetíveis de predizer quer a sintomatologia depressiva materna, quer a ocorrência de episódio depressivo, 1 semana e 3 meses após o parto.

## Método

### Amostra

A amostra foi selecionada de acordo com alguns critérios de exclusão: não saber ler nem/ou escrever português, multiparidade e idade gestacional superior a 26 semanas.

Das 205 grávidas contatadas, algumas (4%) não aderiram ao estudo, evocando razões que se relacionam à ausência de disponibilidade de tempo. Assim, a amostra é constituída por 197 grávidas primíparas com idades compreendidas entre 15 e 39 anos, sendo a média de 25 anos. A maioria é de etnia caucasiana (98,5%), naturalidade portuguesa (94,4%) e religião católica (85,3%).

No que diz respeito ao estatuto matrimonial, verificamos que mais de metade das grávidas são casadas (62,9%), as restantes vivem em regime de coabitação

(23,4%) ou são solteiras (13,7%). Na sua maioria, vivem apenas com o companheiro (66,5%), com o companheiro e com outros familiares (19,8%) ou sem o companheiro (13,7%). Quase metade das mães não possui a escolaridade obrigatória (42,2%), muitas têm entre 9 e 12 anos de estudo (48,6%) e poucas enveredaram pelo ensino superior (9,2%), sendo a média de anos de estudo da amostra de 9,4 anos. A maioria encontra-se empregada (76,1%), as restantes são desempregadas (15,8%), estudantes (5,6%) ou domésticas (2,5%).

Uma percentagem significativa de participantes apresenta adversidades de vida: ter vivido a separação ou divórcio parental (25,9%), ser órfã de mãe (3,0%) ou de pai (17,3%), ter sido adotada (3,6%) ou estar separada da mãe (2,0%), do pai (10,2%) ou de ambos os pais (7,1%) por um período superior a 1 ano antes dos 18 anos de idade. No que diz respeito à história psiquiátrica, verificamos que poucos sujeitos estiveram alguma vez internados num hospital psiquiátrico (1,0%); no entanto, 14,7% referem ter recorrido a consultas de psiquiatria, 21,8%, ao médico de família em razão de problemas emocionais e 24,5% já fizeram alguma vez uso de psicofármacos. Quando nos reportamos à história de problemas obstétricos, verificamos que 14,2% da amostra relata história desse tipo de problemas. Saliente-se que uma percentagem considerável de mães relata problemas de fertilidade (5,6%), aborto espontâneo (9,1%) ou morte neonatal anterior (1,0%).

No que concerne às condições obstétricas atuais, verificamos que mais de metade das mulheres teve parto distócico (56,4%): por cesariana (46,4%: 29,0% ocorreram com anestesia geral e 17,4%, com anestesia epidural) ou parto instrumental (10,0%: 8,7% ocorreram com anestesia epidural e 1,3%, sem anestesia). As restantes tiveram parto eutócico (43,6%: 22,1% com e 21,5% sem anestesia epidural).

Muitas mulheres (34,6%) tiveram problemas no periparto, complicações físicas decorrentes do parto (17,1%) ou necessidade de tomar antibiótico (26,5%). Mais de metade das mães não teve oportunidade de tocar no bebê nos primeiros 5 minutos de vida (53,4%), nem de pegar nele nos 30 minutos que se seguiram ao parto (52,7%).

O peso do bebê é inferior a 2,5 kg em 10,3% dos casos. No que se relaciona ao estado neonatal, alguns bebês necessitaram de internamento nos cuidados intensivos (10,8%), fototerapia (25,6%) ou medicação antibiótica (13,3%). No total, 32,9% dos bebês tiveram problemas neonatais (cuidados intensivos e/ou fototerapia e/ou medicação antibiótica).

## Instrumentos

### *Questionário sociodemográfico*

Utilizou-se um questionário constituído por 45 questões para recolher informação social e demográfica da

grávida e do companheiro, bem como dados relativos a agregado familiar e histórico de problemas obstétricos e psiquiátricos das participantes.

### *Questionário de antecipação do parto*

O QAP é um questionário de auto-relato, constituído por 52 questões relativas às expectativas da grávida quanto a diferentes acontecimentos do trabalho de parto, parto e pós-parto. Destina-se a perceber de que forma a grávida antecipa e planeja a sua experiência de parto.

As questões são do tipo *Likert*, numa escala entre 1 e 4, e organizam-se em seis subescalas: 1. Planejamento e preparação para o parto; 2. Expectativas quanto ao parto; 3. Preocupações com a saúde e conseqüências adversas do parto; 4. Expectativas quanto ao pós-parto; 5. Expectativas quanto à relação com o bebê e o companheiro; 6. Expectativas quanto ao suporte social.

As subescalas estão organizadas de forma que quanto mais elevada a cotação, mais positiva a antecipação da grávida. Assim, na subescala 1, quanto maior a cotação, mais planeamento e preparação para o parto são relatados pela mulher. Para a subescala 2, quanto maior a pontuação, mais positivas serão as expectativas da grávida em relação ao parto. Já na subescala 3, quanto maior a pontuação, menores serão as preocupações da mulher com a saúde e conseqüências adversas do parto. No que diz respeito às subescalas 4, 5 e 6, quanto maior a pontuação, mais positivas as expectativas da grávida com relação ao pós-parto, ao bebê e ao companheiro e ao suporte social, respectivamente. Desta forma, uma cotação mais elevada no questionário corresponde a uma antecipação mais positiva do parto.

O questionário mostra-se fidedigno (teste-reteste = 0,690) e com boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0,8512 e *split-half* = 0,5895) (Costa *et al.*, 2005a).

### *Questionário de experiência e satisfação com o parto*

Deste questionário de auto-relato fazem parte um total de 104 questões referentes a expectativas, experiência, satisfação e dor relativas ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

As respostas são do tipo *Likert* numa escala que varia entre 1 e 4 (“nada”, “um pouco”, “bastante”, “muito”) e entre 0 e 10 (“nenhuma”, “mínima”, “muito pouca”, “pouca”, “alguma”, “moderada”, “bastante”, “muita”, “muitíssima”, “extrema”, “a pior jamais imaginável”).

Este questionário é composto por oito subescalas: 1. Condições e cuidados prestados; 2. Experiência positiva; 3. Experiência negativa; 4. Relaxamento; 5. Suporte social; 6. Suporte do companheiro; 7. Preocupações; 8. Pós-parto.

Quanto mais elevada a cotação obtida em cada uma das subescalas e na escala total, mais positiva a experiência da parturiente. Assim, quanto mais elevada a cotação na subescala 1, maior o relaxamento experien-



ciado durante a experiência de parto. Maior cotação nas subescalas 2 e 3 corresponde a maior suporte social em geral e por parte do companheiro, respectivamente. Na subescala 4, uma cotação mais elevada significa melhor percepção da qualidade das condições e cuidados prestados pelos profissionais de saúde. Uma cotação mais elevada nas subescalas 5 e 6 corresponde à experiência de menos emoções negativas e mais sentimentos positivos, respectivamente. A vivência do pós-parto será tanto melhor quanto mais elevada a cotação na subescala 7 e, finalmente, uma cotação elevada na subescala 8 representa menores preocupações com a saúde própria e do bebê.

Este questionário apresenta muito boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0,9087; coeficiente de *split-half* = 0,6828) e é fidedigno (teste-reteste = 0,586) (Costa et al., 2005b).

### *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

Esta escala é composta por 10 itens que avaliam a presença e intensidade de sintomas depressivos nos sete dias que precedem o seu preenchimento. As respostas são do tipo *Likert* numa escala de 0 a 3. Usamos neste estudo o ponto de corte 13, recomendado por Cox et al. (1987), que indica a presença de um episódio depressivo. A consistência interna da versão portuguesa é de 0,84 (coeficiente de *split-half*) e 0,85 (alfa de Cronbach) e a fidelidade teste-reteste, de 0,75 (Figueiredo, 1997).

### Procedimentos

A seleção da amostra e a colheita de dados ocorreram na consulta externa da Maternidade Júlio Dinis, no período compreendido entre setembro de 2001 e julho de 2002. Essa instituição de saúde é a segunda maior do país e atende a uma grande parcela da população do distrito do Porto.

A cada participante se explicaram os objetivos e procedimentos da investigação, bem como o seu papel e o papel dos investigadores em todo o processo. Solicitou-se a colaboração em regime voluntário e garantiu-se a confidencialidade de todas as informações prestadas. Após consentimento informado, iniciou-se a colheita de dados.

Contataram-se as participantes durante o segundo trimestre de gravidez, momento em que preencheram o questionário sociodemográfico e o QAP. Na primeira semana após o parto, preencheram o QESP e o EPDS, sendo este último novamente preenchido três meses após o parto.

### Análises estatísticas

Tendo em conta os objetivos do estudo, iniciaremos analisando a prevalência de sintomatologia depressiva (uma semana e três meses após o parto), por meio

de estatística descritiva dos dados. Posteriormente e com o objetivo de perceber se há diferenças relativas à intensidade dos sintomas experienciados na primeira semana e três meses após o parto, recorreremos ao Teste de Wilcoxon.

Os preditores do grau de sintomatologia depressiva uma semana e três meses após o parto serão explorados mediante a análise de regressão linear múltipla pelo método Stepwise, considerando separadamente as características sociais e demográficas (idade, naturalidade, estado civil, religião, escolaridade, estatuto profissional, adversidades de vida), variáveis de saúde física e psicológica (história de psicopatologia, história de problemas obstétricos, problemas de periparto, complicações físicas, medicação antibiótica e sintomatologia depressiva – esta última variável foi considerada apenas na predição da sintomatologia depressiva três meses após o parto), de antecipação do parto (planejamento e preparação para o parto, expectativas quanto ao parto, preocupações com a saúde e consequências adversas do parto, expectativas quanto ao pós-parto, expectativas quanto à relação com o bebê e com o companheiro, expectativas quanto ao suporte social), do tipo de parto e do bebê (tipo de parto (eutócico *vs.* distócico), tipo de parto (cesariana *versus* outro), tipo de parto (instrumental *vs.* outro), analgesia epidural (sim *vs.* não), tocar no bebê, pegar no bebê, sexo, peso e estado neonatal), e de experiência de parto (condições e cuidados, experiência positiva, experiência negativa, relaxamento, suporte social, suporte por parte do companheiro, preocupações, pós-parto).

No sentido de identificar preditores para a ocorrência de episódio depressivo (EPDS  $\geq$  13) na semana e três meses após o parto, recorreremos à análise de regressão logística pelo método Enter, considerando separadamente as características sociais e demográficas, variáveis de saúde física e psicológica, antecipação do parto, de tipo de parto e do bebê e experiência de parto e, depois, conjuntamente as variáveis que se mostraram significativas ou com uma relação com o modelo de  $\leq$  0,15 nas análises de regressão prévias.

## Resultados

Prevalência de sintomatologia depressiva na primeira semana e três meses após o parto

A prevalência estimada de um episódio depressivo é de 12,4% na semana que se segue ao parto e de 13,7% 3 meses após o parto. Na primeira semana, 98,6% e, 3 meses após o parto, 93,2% das participantes apresentam pelo menos um sintoma de depressão. Por meio do Teste do Qui-quadrado pudemos constatar que, das mulheres com EPDS  $\geq$  13 na semana após o parto, 25% apresentam ainda EPDS  $\geq$  13 aos três meses do bebê. Por sua vez, das mulheres com EPDS  $<$  13 na semana que se segue ao parto, uma percentagem significativa (10,3%) apresenta EPDS  $\geq$  13 aos três meses.

Verificamos que, entre a primeira semana e três meses após o parto, não existem diferenças significativas no que diz respeito à maioria dos sintomas de depressão, como a “capacidade para rir e ver o lado divertido das coisas” ( $Z = 1,166$ ,  $p = 0,243$ ), “esperança no futuro” ( $Z = 1,051$ ,  $p = 0,293$ ), “culpa quando as coisas correm mal” ( $Z = 1,106$ ,  $p = 0,269$ ), “sentimento de que as coisas são demais para si” ( $Z = 0,098$ ,  $p = 0,922$ ), “sentimento de tristeza ou infelicidade” ( $Z = 0,249$ ,  $p = 0,803$ ), “sentimento de infelicidade a ponto de dormir mal” ( $Z = 1,343$ ,  $p = 0,179$ ), “infelicidade a ponto de chorar” ( $Z = 0,274$ ,  $p = 0,784$ ), “intenção de fazer mal a si própria” ( $Z = 0,087$ ,  $p = 0,931$ ). No entanto, estatisticamente significativa é a diferença encontrada no nível do “sentimento de nervosismo e preocupação sem motivo”, traduzida pelo fato de se encontrar um maior número de mães que considera mais intenso esse sintoma nas 48 horas do que nos três meses após o parto ( $n = 37$ ), do que o número de mães que consideram mais intenso esse sintoma nos três meses do que 48 horas após o parto ( $n = 21$ ) ( $Z = 2,440$ ,  $p = 0,015$ ).

Também no nível do sentimento de “medo e assustada sem grande motivo”, encontramos uma diferença significativa, pois é maior o número de mães que aos três meses consideram esse sentimento de forma menos intensa do que nas 48 horas ( $n = 46$ ) do que o número de mães que aos três meses consideram esse sentimento de forma mais intensa ( $n = 20$ ) ( $Z = 3,195$ ,  $p = 0,001$ ).

Preditores de sintomatologia depressiva e de episódio depressivo na primeira semana

#### *Preditores de sintomatologia depressiva na primeira semana*

A análise de regressão linear múltipla pelo método Stepwise que procurou identificar variáveis sociais e demográficas e de antecipação do parto preditoras da ocorrência de sintomatologia depressiva não identifica qualquer uma das variáveis como significativa na predição de sintomatologia depressiva no parto.

A análise efetuada no sentido de identificar variáveis de saúde física e psicológica preditoras de sintomatolo-

gia depressiva na semana que se segue ao parto mostra que as complicações físicas e história de problemas obstétricos predizem a sintomatologia depressiva na semana que se segue ao parto, explicando no total 18,6% da variância, e a presença de complicações físicas decorrentes do parto explica 11,4% e a história de problemas obstétricos, 7,2% da variância encontrada no nível da sintomatologia depressiva, predizendo ambas maior sintomatologia depressiva.

No que tange às variáveis de tipo de parto e do bebê, a análise de regressão linear múltipla mostra que o tempo para pegar no bebê é preditor de sintomatologia depressiva uma semana após o parto, explicando 6,5% da variância encontrada: um maior tempo decorrido desde o nascimento do bebê até a mãe poder pegar nele é preditor de maior sintomatologia depressiva.

As variáveis de experiência de parto foram igualmente analisadas, tendo-se verificado que as preocupações e a vivência do pós-parto predizem a sintomatologia depressiva, explicando 15,1% da variância: as preocupações explicam 11,3% e a vivência do pós-parto, 3,7%, e mais preocupações e pior vivência do pós-parto predizem a sintomatologia depressiva na primeira semana após o parto (Tabela 1).

#### *Preditores de episódio depressivo na primeira semana*

As análises de regressão logística pelo método Enter que procuram identificar variáveis sociais e demográficas (Qui-quadrado = 3,939,  $df = 7$ ,  $p = 0,787$ ) e de antecipação do parto (Qui-quadrado = 6,206,  $df = 6$ ,  $p = 0,401$ ), preditoras da ocorrência de um episódio depressivo, não encontram um modelo estatisticamente significativo, nem nenhuma variável que ultrapasse o limiar de significação estatística.

As análises que procuram identificar variáveis de saúde física e psicológica (Qui-quadrado = 12,348,  $df = 5$ ,  $p = 0,030$ ) e de tipo de parto e do bebê (Qui-quadrado = 15,529,  $df = 8$ ,  $p = 0,050$ ), preditoras da ocorrência de um episódio depressivo, encontram um modelo estatisticamente significativo, apesar de não discriminarem nenhuma variável que ultrapasse o limiar de significação estatística.

**Tabela 1.** Análise de regressão pelo método Stepwise: variáveis que permitem prever a sintomatologia depressiva uma semana e três meses após o parto

Valor critério	R <sup>2</sup>	F	Beta	t	Sig.
<b>Sintomatologia depressiva (Primeira semana)</b>					
1. Complicações físicas	0,114	9,260	- 0,401	- 3,644	0,001
2. História de problemas obstétricos	0,186	8,128	0,276	2,512	0,014
3. Pegar no bebê	0,065	4,292	- 0,254	- 2,072	0,042
4. Pós-parto	0,113	15,423	- 0,279	- 3,183	0,002
5. Preocupações	0,151	10,711	- 0,204	- 2,331	0,021
<b>Sintomatologia depressiva (Terceiro mês)</b>					
1. Sintomatologia depressiva uma semana após o parto	0,111	8,342	0,333	2,888	0,005
2. Experiência emocional de parto negativa	0,066	6,391	- 0,256	- 2,528	0,013

As variáveis de experiência de parto analisadas revelam um modelo estatisticamente significativo na predição da ocorrência de um episódio depressivo na semana que se segue ao parto (Qui-quadrado = 18,577,  $df = 8$ ,  $p = 0,017$ ), tendo sido identificados maior suporte por parte do companheiro ( $B = -0,179$ ,  $p = 0,022$ ) e pior vivência do pós-parto ( $B = 0,050$ ,  $p = 0,052$ ) como fatores preditores de episódio depressivo.

Procurou-se seguidamente averiguar quais as condições sociodemográficas, de saúde física e psicológica, do tipo de parto e do bebê, de antecipação e de experiência de parto com maior poder preditor da ocorrência de um episódio depressivo. Para tal, realizou-se uma nova regressão logística, em que se testaram as variáveis com uma relação significativa com os modelos anteriormente apresentados. Utilizou-se um critério de seleção das variáveis por excesso, em que todas as variáveis com relação de  $p \leq 0,15$  com o modelo foram escolhidas (Tabela 2).

Assim, as variáveis incluídas na regressão logística para a predição de depressão na semana que se segue ao parto foram: história de psicopatologia, preocupações com a saúde e consequências adversas do parto, suporte do companheiro e vivência do pós-parto. Esse modelo mostrou-se eficaz na predição de sintomas depressivos pós-parto (Qui-quadrado = 18,326,  $df = 4$ ,  $p = 0,001$ ), sendo o suporte do companheiro e a vivência do pós-parto as variáveis preditoras identificadas pela análise, dado que EPDS  $\geq 13$  se associa a maior suporte por parte do companheiro ( $B = -1,64$ ,  $p = 0,011$ ) e à pior vivência do pós-parto ( $B = 0,061$ ,  $p = 0,003$ ).

Preditores de sintomatologia depressiva e de episódio depressivo três meses após o parto

#### *Preditores de sintomatologia depressiva no terceiro mês após o parto*

A análise de regressão linear múltipla pelo método Stepwise que procurou identificar variáveis sociais e demográficas preditoras da ocorrência de sintomatologia depressiva não identifica qualquer uma das variá-

veis como significativa na predição de sintomatologia depressiva três meses após o parto.

A análise de regressão efetuada no sentido de identificar variáveis de saúde física e psicológica preditoras de sintomatologia depressiva mostra que maior sintomatologia depressiva na primeira semana após o parto permite predizer a sintomatologia depressiva 3 meses após o parto, explicando 11,1% da variância encontrada.

A análise de regressão linear múltipla que considerou as variáveis de antecipação do parto e de tipo de parto e do bebê mostra que nenhuma das variáveis consideradas prediz a sintomatologia depressiva.

Analisaram-se as variáveis de experiência de parto, tendo-se verificado que uma experiência emocional de parto mais negativa prediz a presença de um episódio depressivo aos três meses após o parto, explicando 6,6% da variância encontrada (Tabela 1).

#### *Preditores de episódio depressivo 3 meses após o parto*

As análises de regressão logística pelo método Enter que procuram identificar variáveis sociais e demográficas (Qui-quadrado = 3,155,  $df = 7$ ,  $p = 0,870$ ), de saúde física e psicológica (Qui-quadrado = 9,398,  $df = 7$ ,  $p = 0,225$ ), de antecipação do parto (Qui-quadrado = 3,234,  $df = 6$ ,  $p = 0,779$ ), de tipo de parto e do bebê (Qui-quadrado = 2,166,  $df = 8$ ,  $p = 0,976$ ), de experiência de parto (Qui-quadrado = 9,847,  $df = 8$ ,  $p = 0,276$ ), preditoras da ocorrência de um episódio depressivo, não encontram modelos estatisticamente significativos na predição de episódio depressivo, nem nenhuma variável que ultrapasse o limiar de significação estatística na predição de um episódio depressivo três meses após o parto.

Procurou-se, então, averiguar quais as condições sociodemográficas, de saúde física e psicológica, de parto, do bebê, de antecipação e de experiência de parto com maior poder preditor do episódio depressivo três meses após o parto. Para tal, realizou-se uma nova regressão logística, em que se testaram as variáveis com uma relação significativa com os modelos anteriormente apresentados. Utilizou-se um critério de seleção das variáveis por excesso, em que todas as variáveis com uma relação de  $p \leq 0,15$  com o modelo foram escolhidas.

**Tabela 2.** Regressão logística pelo método Enter: variáveis que permitem predizer a ocorrência de um episódio depressivo uma semana e três meses após o parto

		<b>B</b>	<b>Odds ratio</b>	<b>IC de 95%</b>	<b>p</b>
Episódio depressivo	História de psicopatologia	- 0,391	0,676	0,207-2,203	0,516
Primeira semana	Preocupação com a saúde e consequências adversas do parto	- 0,065	0,937	0,855-1,028	0,167
<b>(EPDS &lt; 13 vs. EPDS <math>\geq</math> 13)</b>	<b>Suporte do companheiro</b>	<b>- 0,164</b>	<b>0,849</b>	<b>0,748-0,963</b>	<b>0,011</b>
<b>(F = 18,326, p = 0,001)</b>	<b>Pós-parto</b>	<b>0,061</b>	<b>1,063</b>	<b>1,022-1,106</b>	<b>0,003</b>
Episódio depressivo	Estado civil	- 0,723	0,485	0,090-2,622	0,401
<b>Terceiro mês</b>	História de psicopatologia	- 1,019	0,361	0,101-1,293	0,117
<b>(EPDS &lt; 13 vs. EPDS <math>\geq</math> 13)</b>	Sintomatologia depressiva na primeira semana após o parto	- 0,088	0,916	0,796-1,054	0,220
<b>(F = 12,739, p = 0,026)</b>	Planejamento e preparação para o parto	0,114	1,120	0,859-1,462	0,402
	Preocupações	0,088	1,092	0,995-1,199	0,065



Assim, as variáveis incluídas na regressão logística para a predição de depressão três meses após o parto foram: estado civil, história de psicopatologia, planejamento e preparação para o parto, preocupações vividas durante a experiência de parto, ao que acrescentamos a sintomatologia depressiva na primeira semana após o parto. Esse modelo revelou-se estatisticamente significativo na predição de sintomatologia depressiva aos três meses após o parto (Qui-quadrado = 12,739, df = 5, p = 0,026). No entanto, nenhuma dessas variáveis se mostra significativa na predição de um episódio depressivo 3 meses após o parto (Tabela 2).

## Discussão

Prevalência de sintomatologia depressiva na primeira semana e três meses após o parto

Na nossa amostra, 12,4% das participantes têm EPDS  $\geq 13$  na semana que se segue ao parto. Aos três meses após o parto, a percentagem de mulheres com EPDS  $\geq 13$  é de 13,7%. Esses dados estão em consonância com os encontrados noutros estudos realizados em Portugal (Augusto *et al.*, 1996) e noutros países (O'Hara e Swain, 1996).

Sintomatologia depressiva e na primeira semana

Os resultados mostram que a sintomatologia depressiva pode ser predita pelas complicações físicas decorrentes do parto, história de problemas obstétricos, tempo que demora a pegar no bebê, pior vivência do pós-parto e preocupações com a própria saúde e a do bebê.

No que tange à provável ocorrência de um episódio depressivo, tem poder preditivo o modelo que considera simultaneamente circunstâncias psicológicas, de antecipação e de experiência de parto (história de psicopatologia, preocupações com a saúde e conseqüências adversas do parto, suporte do companheiro e vivência do pós-parto), indicando que não existe apenas um fator preditor da ocorrência de depressão pós-parto, mas antes um conjunto de variáveis que, quando presentes, permitem predizer a depressão pós-parto.

Fatores como idade, naturalidade, estado civil, religião, escolaridade, estatuto profissional, adversidades de vida, tipo de parto ou de analgesia, medicação médica, tocar no bebê, peso do bebê ou estado neonatal não se relacionam com a sintomatologia das mães da amostra. Esses resultados são consistentes com os resultados de outros estudos que constataam a inexistência de uma relação entre fatores demográficos, como idade, educação ou estatuto econômico e sintomatologia depressiva após o parto (Gotlib *et al.*, 1989).

Estudos conduzidos com amostras das populações portuguesa (Augusto *et al.*, 1996) e não portuguesa (Tammentie *et al.*, 2002) mostram igualmente que a idade não se relaciona com a depressão após o parto.

Ao contrário do que acontece no nosso estudo, vários autores observam uma relação significativa entre sintomatologia depressiva após o parto e o estatuto socioeconômico (Righetti Veltema *et al.*, 1998) e profissional (Bernazzani *et al.*, 1997), mas também com a idade (Cryan *et al.*, 2000), paridade (Warner *et al.*, 1996), estatuto marital (Warner *et al.*, 1996), acontecimentos de vida adversos (Johnstone *et al.*, 2001; Eberhard-Gran *et al.*, 2002), planejamento da gravidez (Warner *et al.*, 1996), história de problemas obstétricos (Cryan *et al.*, 2000), peso do bebê à nascença (Bergant *et al.*, 1999), amamentação (Yonkers *et al.*, 2001) ou qualidade das relações maritais (Kumar e Robson, 1984).

No nosso estudo, a história de problemas obstétricos, apesar de predizer o grau de sintomatologia depressiva, não prediz a provável ocorrência de episódio depressivo. Murray *et al.* (1991) afirmam igualmente que fatores obstétricos não parecem estar relacionados com desordens psiquiátricas após o parto, visto que a maioria das investigações indica que nem as complicações experienciadas durante a gravidez nem as experienciadas durante o parto se relacionam com depressão pós-parto (Stein *et al.*, 1989).

Verificamos ainda que as mulheres que sofrem complicações físicas após o parto e que não têm oportunidade de pegar nos seus bebês nos primeiros 30 minutos de vida apresentam maior sintomatologia depressiva. Também DaCosta *et al.* (2000) verificaram que as mulheres que experienciam complicações decorrentes do parto estão em maior risco de depressão pós-parto. Este fato reporta-nos à importância das circunstâncias relacionadas com o parto como fator obstétrico de risco para a depressão que ocorre durante o primeiro mês após o parto.

Os resultados encontrados permitem-nos dizer que, mais do que a antecipação que a grávida possa fazer em relação ao parto, é a experiência de parto que se relaciona com a sintomatologia depressiva após o parto. Pois, apesar de não encontrarmos relação entre o tipo de parto e a depressão após o parto, tal como não encontram outros autores (Hannah *et al.*, 1992; Warner *et al.*, 1996), verificamos que as mulheres com mais preocupações com a própria saúde e a do bebê durante o parto e com uma vivência mais negativa do pós-parto apresentam mais sintomatologia depressiva. Pode-se, até mesmo, verificar que as mulheres com EPDS  $\geq 13$  vivenciam o parto e o pós-parto na sua globalidade de forma mais negativa, apesar de reportarem maior suporte por parte do companheiro.

Por isso, concluímos que, mais do que o tipo de parto, a qualidade da experiência emocional de parto e dos cuidados proporcionados pelos profissionais de saúde parece influenciar no ajustamento materno após o parto, uma vez que verificamos, tal como outros autores (Hannah *et al.*, 1992; Bergant *et al.*, 1999), que uma experiência de parto mais difícil do que o esperado

relaciona-se com depressão na semana que se segue ao parto.

#### Sintomatologia depressiva três meses após o parto

Os resultados mostram que o grau de sintomatologia depressiva 3 meses após o parto não é previsível pelos fatores de natureza demográfica, social, obstétrica ou de antecipação de parto considerados, mas apenas por fatores psicológicos e da experiência de parto: sintomatologia depressiva mais elevada na primeira semana após o parto e experiência emocional negativa mais intensa durante o parto.

Já a ocorrência de episódio depressivo três meses após o parto pode ser predita pelo modelo que considera simultaneamente fatores demográficos, psicológicos, de antecipação e de experiência de parto (estado civil, história de psicopatologia, planejamento e preparação para o parto e preocupações).

Outros estudos mostram igualmente uma relação significativa entre a história de sintomatologia psicopatológica (Bernazzani *et al.*; 1997; Cryan *et al.*, 2000) e a experiência negativa de parto (Righetti Veltema *et al.*, 1998) e a depressão após o parto. A história anterior de psicopatologia tem-se mostrado um fator particularmente importante na predição da depressão pós-parto (Paykel *et al.*, 1980). Um estudo realizado com uma amostra da população portuguesa mostra que a história de depressão, quer anterior (Areias *et al.*, 1996a), quer durante a gravidez, tal como os acontecimentos de vida adversos (Areias *et al.*, 1996b), prediz a depressão pós-parto. Há ainda evidência empírica de que a depressão materna se relaciona com maior probabilidade de depressão subsequente (Paykel *et al.*, 1980).

Quanto à experiência de parto, constatamos que uma experiência emocional mais negativa permite prever maior sintomatologia depressiva e que as mulheres com EPDS  $\geq 13$  experienciaram mais preocupações durante o parto. Concluimos, por isso, que a qualidade da experiência de parto, mais do que o tipo de parto ou as metodologias utilizadas no alívio de dor, interferem no ajustamento emocional das mulheres após o parto, com impacto não só a curto, mas também a médio prazo.

#### Conclusão

Este estudo apresenta limitações metodológicas importantes a se considerar, nomeadamente o fato de não se ter utilizado uma entrevista clínica que permitisse registrar com maior exatidão a história passada de psicopatologia, bem como o grau de gravidade do episódio depressivo atual. Dadas a dimensão e características da amostra, os resultados não podem ser generalizados para a população de mulheres portuguesas, no entanto, levando em conta a repercussão clínica dos resultados, consideramos importante reproduzir o estudo com uma

amostra de maior dimensão, incluindo as mulheres múltiplas, para que se possam generalizar os resultados.

Algumas ilações importantes do ponto de vista clínico podem ser retiradas deste estudo. Constatamos que, apesar de a prevalência de depressão na semana que se segue ao parto e a de 3 meses após o parto serem idênticas, os fatores que se relacionam com a sintomatologia depressiva nesses dois momentos diferem, com exceção da qualidade da experiência emocional de parto. A experiência emocional de parto tem impacto, quer a curto, quer a médio prazo, no nível da saúde mental materna. Assim, este é um aspecto essencial a se considerar em contextos de saúde.

Dado o impacto negativo das complicações físicas a que as mulheres possam estar sujeitas, também este deverá ser um aspecto sinalizado no momento do internamento pós-parto, no sentido de garantir resposta às necessidades psicoemocionais das parturientes.

Levando em consideração que a sintomatologia psicopatológica após o parto prediz a depressão materna três meses depois, seria desejável a realização da avaliação do estado psicológico materno antes de ser dada a alta hospitalar após o parto.

Em suma, a experiência emocional do parto tem um papel de extrema importância na saúde mental materna, mas, apesar disso, tem sido negligenciada em contextos de saúde. Consideramos, por isso, relevante a reavaliação da qualidade dos cuidados proporcionados pelos profissionais em contextos de saúde, no sentido de proporcionar melhores experiências para as mães, bebês e familiares.

**Conflitos de interesse:** Este estudo foi desenvolvido com o apoio da Fundação Bial e do Serviço de Saúde e Desenvolvimento Humano da Fundação Calouste Gulbenkian.

#### Agradecimentos

Queremos agradecer a todas as mães que, com a sua valiosa contribuição, tornaram este estudo possível.

#### Referências

- Areias, M.; Kumar, R.; Barros, H.; Cryan, E.; Keogh, F.; Connolly, E.; Cody, S.; Quilan, A.; Daly, I.E. - Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry* 169(1): 36-41, 1996a.
- Areias, M.; Kumar, R.; Barros, H.; Figueiredo, E. - Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *Br J Psychiatry* 169(1): 30-35, 1996b.
- Augusto, A.; Kumar, R.; Calheiros, J.M.; Matos, E.; Figueiredo, E. - Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matches controls. *Psychol Med* 26: 135-141, 1996.
- Ballard, C.G.; Davis, R.; Cullen, P.C.; Mohan, R.N.; Dean, C. - Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *Br J Psychiatry* 164(6): 782-788, 1994.
- Beck, C.T. - Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 50(5): 275-285, 2001.



- Bergant, A.M.; Heim, K.; Ulmer, H.; Illmensee, K. - Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *J Psychosom Res* 46(4): 391-394, 1999.
- Bernazzani, O.; Saucier, J.F.; David, H.; Borgeat, F. - Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *J Affect Disord* 46(1): 39-49, 1997.
- Costa, R.; Figueiredo, B.; Pacheco, A.; Marques, A.; Pais, A. - Questionário de antecipação do parto (QAP). *Psychologica* 38: 265-295, 2005a.
- Costa, R.; Figueiredo, B.; Pacheco, A.; Marques, A.; Pais, A. - Questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP). *Psicologia: Saúde e Doenças* 5(2): 159-187, 2005b.
- Cox, J.L.; Holden, J.M.; Sagovsky, R. - Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 150: 782-786, 1987.
- Cryan, E.; Keogh, F.; Connolly, E.; Cody, S.; Quinlan, A.; Daly, I. - Depression among postnatal women in an urban Irish community. *Ir J Psychol Med* 18(1): 5-10, 2000.
- DaCosta, D.; Larouche, J.; Dritsa, M.; Brender, W. - Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord* 59(1): 31-40, 2000.
- Eberhard-Gran, M.; Eskild, A.; Tambs, K.; Samuelsen, S.O.; Opjordsmoen, S. - Depression in postpartum and non postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 106(6): 426-433, 2002.
- Figueiredo, B. - Depressão pós-parto, interação mãe-bebê e desenvolvimento infantil (tese de doutorado). Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, 1997.
- Figueiredo, B. - Psicopatologia do desenvolvimento da maternidade. In: Soares, I. (ed.). *Psicopatologia da maternidade: trajetórias (In)adaptativas ao longo da vida*, Quarteto Editora, Coimbra, p. 360, 2000.
- Glover, V. - Do biochemical factors play a part in postnatal depression? *Prog Neuropsychopharmacology Biol Psychiatry* 16(5): 605-615, 1992.
- Gorman, L.; O'Hara, M.; Figueiredo, B.; Hayes, S.; Jaquemain, F.; Klier, C.; Rosi, S.; Seneviratne, G.; Sutter-Dallay A-L; Tcs-Pnd Group. - Adaptation of the Structured Clinical Interview for DSM-IV disorder for assessing depression in women during pregnancy and postpartum across countries and cultures. *Br J Psychiatry* 184 (Suppl.46): 18-25, 2004.
- Gotlib, I.H.; Whiffen, V.E.; Mount, J.H.; Milne, K.; Cordy, N.I. - Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 57(2): 269-274, 1989.
- Hannah, P.; Adams, D.; Lee, A.; Glover, V.; Sandler, M. - Links between early post-partum mood and post-natal depression. *Br J Psychiatry* 160: 777-780, 1992.
- Johnstone, S.J.; Boyce, P.M.; Hickey, A.R.; Morris-Yates, A.D.; Harris, M.G. - Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust N Z J Psychiatry* 35(1): 69-74, 2001.
- Kumar, R.; Robson, K.M. - A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 144: 35-47, 1984.
- Murray, L.; Cooper, P.J.; Stein, A. - Postnatal depression and infant development. *BMJ* 302(6783): 978-979, 1991.
- O'Hara, M.W.; Swain, A.M. - Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 8(1): 37-54, 1996.
- Paykel, E.S.; Emms, E.M.; Fletcher, J.; Rassaby, E.S. - Life events and social support in puerperal depression. *Br J Psychiatry* 136: 339-346, 1980.
- Righetti Veltema, M.; Conne-Perreard, E.; Bousquet, A.; Manzano, J. - Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord* 49(3): 167-180, 1998.
- Stein, A.; Cooper, P.J.; Campbell, E.A.; Day, A.; Altham, P.M. - Social adversity and perinatal complications: their relation to postnatal depression. *BMJ* 298(6680): 1073-1074, 1989.
- Stuart, S.; Couser, G.; Schilder, K.; O'hara, M.W.; Gorman, L. - Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. *J Nerv Ment Dis* 186(7): 420-424, 1998.
- Tammentie, T.; Tarkka, M.T.; Astedt-Kurki, P.; Paavilainen, E. - Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *Int J Nurs Pract* 8(5): 240-246, 2002.
- Warner, R.; Appleby, L.; Whitton, A.; Faragher, B. - Attitudes toward motherhood in postnatal depression: Development of the Maternal Attitudes Questionnaire. *J Psychosom Res* 43(4): 351-358, 1996.
- Yonkers, K.; Ramin, S.M.; Rush, A.J.; Navarrete, C.A.; Carmody, T.; March, D.; Heartwell, S.F.; Leveno, K.J. - Onset and persistence of postpartum depression in an inner city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry* 158(11): 1856-1863, 2001.